

Barnmorskors syn på suturerering av perineala skador efter vaginal förlossning

En intervjustudie

| | |
|--------------|--|
| FÖRFATTARE | Mina Bahrini |
| PROGRAM/KURS | Barnmorskeprogrammet OM 1660 HT 2008 |
| OMFATTNING | 15 högskolepoäng |
| HANDLEDARE | Ingela Lundgren |
| EXAMINATOR | Evelyn Hermansson |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Ett särskilt stort tack vill jag ge till min handledare **Ingela Lundgren** för hennes tålamod, stora engagemang, uppmuntran, synpunkter och hjälp under arbetes gång.

Stort tack till min man och mina föräldrar och min familj som stått ut med mig för ert stöd och tålamod under denna tid.

Jag vill även rikta ett stort tack till alla barnmorskor som ställt upp på intervjuerna och delat med sig av sina erfarenheter och möjliggjort denna studie.

Göteborg, maj 2010

Mina Bahrini

| | |
|-----------------------|--|
| Titel (svenska) | Barnmorskors syn på suturering av perineala skador efter vaginal förlossning |
| Titel (Engelska) | Midwives approach to suturing of perineal damage after vaginal delivery |
| Arbetets art: | Magisteruppsats |
| Program/kurs/kurskod/ | Barnmorskeprogrammet/Reproduktiv och perinatal hälsa – Examensarbete II/ OM 1660 |
| Arbetets omfattning: | Barnmorskeprogrammet/Reproduktiv och perinatal hälsa – Examensarbete II/ OM 1660 |
| Sidantal: | 37 sidor |
| Författare: | Mina Bahrini |
| Handledare: | Ingela Lundgren |
| Examinator: | Evelyn Hermansson |

SAMMANFATTNING

Att föda barn är ofta en stor, viktig, unik, och speciell händelse i kvinnans liv som kräver stöd av omgivningen. Perineala skador uppkommer i mer än 65 % av alla vaginala förlossningar. Perineala skador kan orsaka både kort och långsiktiga psykiska och fysiska problem för nyblivande mammor. Barnmorskan har ett betydelsefullt ansvar för att kvinnor får en så positiv upplevelse av sin förlossning som möjligt. Det finns inte mycket tidigare forskning om barnmorskans syn på suturering av perineala skador. Syfte med den uppsatsen är att belysa, barnmorskors syn på suturering av perineala skador efter vaginal förlossning. Intervjuer genomförs med fyra barnmorskor vid två sjukhus. Vid intervjuerna har två öppna frågor ställts gällande barnmorskans syn på suturering. Metoden som valdes för att analysera materialet var kvalitativ innehållsanalys. I resultatet framkom följande huvudkategorier; suturering har förändrats över tid, att göra en bedömning, god smärtlindring är oerhört viktigt vid suturering och behov av fortlopande utbildning och genomgång av suturteknik relaterat till nya rön. Underkategorier var följande; syr mindre idag, sutureringsteknik och val av metod, att inte suturera för mycket, noggrann observation, att vara förtrogen med en metod, beroende av sjukhus, bristningens karaktär och kontakt med kvinnan, kvinnans smärtkänslighet, lära av de erfarna och utveckla en praktisk utbildning för att hålla sig uppdaterad. I diskussionen relateras studiens resultat till den forskning som finns i ämnet där fortlopande utbildning för barnmorskor är en viktig aspekt.

Nyckelord: barnmorska, suturering, perineala bristningar, kvalitativ studie

ABSTRACT

To bear children is often a big, important, unique, and special event in a woman's life that requires the support of the outside world. Perineal damage occurs in more than 65% of all vaginal deliveries. Perineal injury can cause both short-and long-term mental and physical problems for the new mother. The midwife has an important responsibility for providing women with the most positive experience of their birth as possible. There is minimal previous research on the midwife's view of the suturing of perineal damage. The aim of this paper is to highlight, midwives approach to suturing of perineal damage after vaginal delivery. Interviews conducted with four midwives at two hospitals. The interviews have been two open questions concerning midwifery approach to suturing. The method chosen to analyze the material was qualitative content analysis. The results revealed the following main categories; suturing has changed over time, to make an assessment, good pain relief is extremely important when suturing and the need for continuous training and review of suturtechnik related to new findings. The subcategories were as follows; sew less today, suturing technique and choice of method, not sutured too much, close observation, to be familiar with a method, according to hospital, lack on the nature and contact with the woman, a woman's sensitivity to pain, to learn from the experienced and develop practical training in order to stay updated. The results of the study are related to the research available on the subject where the continuous training of midwives was an important aspect.

Keywords: midwife, suturing, perineal tearing, qualitative study

INNEHÅLL

| | Sid |
|--|---------------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Historisk perspektiv | 1 |
| Teoretiska begrepp | 3 |
| Livskvalitet | 3 |
| Sexual hälsa | 4 |
| Perinealbristningar | 6 |
| Perinealskydd och perineotomi | 7 |
| Barnmorskans ansvar | 8 |
| Suturering | 9 |
| TIDIGARE FORSKNING | 10 |
| PROBLEMFORMULERING | 15 |
| SYFTE | 15 |
| METOD | 15 |
| URVAL | 17 |
| Data analys | 17 |
| Etiskt förhållningssätt | 18 |
| RESULTAT | 18 |
| SUTURERING HAR FÖRÄNDRATS ÖVER TID | 19 |
| Syr mindre idag | 19 |
| Sutureringsteknik och val av material | 19 |
| ATT GÖRA EN BEDÖMNING | 20 |
| Att inte suturera för mycket | 21 |
| Noggrann observation | 21 |
| Att vara förtrogen med en metod | 22 |
| Beroende av sjukhus | 23 |
| GOD SMÄRTLINDRING ÄR OERHÖRT VIKTIGT VID SUTURERING | 24 |
| Bristningens karaktär och kontakt med kvinnan | 24 |
| Kvinnans smärtskänslighet | 25 |
| BEHOV AV FORTLÖPANDE UTBILDNING OCH GENOMGÅNG AV | 28 |
| SUTURTEKNIK RELATERADE TILL NYA RÖN | 28 |
| Lära av de erfarna | 28 |
| Utveckla en praktisk utbildning för att hålla sig uppdaterad | 30 |
| DISKUSSION | 31 |
| METODDISKUSSION | 31 |
| RESULTATDISKUSSION | 32 |
| REFERENSER | 35 |

BILAGOR

Bilaga 1 Forskningspersonsinformation

Bilaga 2 Exempel från meningsenheter

INLEDNING

Att föda barn är både en naturlig process och mycket speciell och unik händelse i kvinnans liv som kräver rätt stöd från omgivningen och framförallt förtroende och tillit till barnmorskan. Kvinnans upplevelser av graviditet och förlossning har ett starkt samband med hur hon vårdas och behandlas av förlossningspersonal och experter i vårdssystemet (Oinas & Ahlbeck-Rehn, 2007).

Trots att barnafödande och förlossning är en naturlig process så är det en riskfaktor för förekomst av obstetriska bristningar och kan i en del fall leda till långvarig psykisk och fysisk ohälsa. Det är nu bevisat att vaginal förlossning kan orsaka olika bäckenbottenåkommor såsom prolaps, urin- och analinkontinens. Den första vaginala förlossningen är den viktigaste och största riskfaktorn för de största perineala bristningarna (Albers, Sedler, Edward, Bedrick, Teaf & Peralta, 2006).

En fråga som uppstod när jag var på min praktik var hur olika barnmorskor reparerar förlossningsskador. Jag har inte på BB eller inom mödrahälsovården funnit tydliga riktlinjer och rutiner för information till kvinnor, efterkontroll gällande bristningarna och den sexuella hälsan post partum. Det finns heller inte riktlinjer för information gällande bristningar på förlossnings avdelningen. Föräldrar får allmän information på BB av barnmorskor vid hemgångsinformationen. Ämnet för denna uppsats är därför barnmorskors syn på suturering av perineala skador. Jag hoppas att med denna studie kunna bana väg för mer fokus kring dessa frågor. Vårdens mål är att kunna ge kvinnan en så positiv upplevelse som möjligt av förlossningen (Socialstyrelsen, 2001). Med denna studie hoppas jag få mer förståelse för barnmorskans syn på suturering.

BAKGRUND

HISTORISKT PERSPEKTIV

Jag kommer först att inleda med en kort historisk tillbakablick där suturering sätts i ett historiskt perspektiv. Barnmorskans roll när det gäller suturering kommer också att belysas.

Själva ordet kirurgi, kommer från grekiska orden ”cheir” som betyder hand och ”ergon” som betyder verk. Som orden visar, var kirurgen en praktisk person som med

olika redskap och instrument i sina händer försökte bota sår, sjukdomar och skador (Järnhult & Offenbartl, 2008).

Rapporter om enklare kirurgiska åtgärder och omhändertagande av skelettskador och sårbehandling finns från antika Egypten och Mesopotamien (nuvarande Irak). Under medeltiden gick utvecklingen av de kirurgiska kunskaperna långsamt framåt på grund av bristande anatomiska kunskaper. Däremot skedde en utbyggnad av universitet och sjukhus. Först under 1500- och 1600-talen förbättrades de anatomiska kunskaperna. I Sverige betraktades kirurgerna fortfarande som hantverkare och inte som läkare. Under 1700-talet fick kirurgin också en vetenskaplig grund och blev accepterad som medicinsk specialitet. Kirurgin tog lärdom av anatomi och fysiologin vilket förbättrade sättet att operera. Vid mitten av 1800-talet revolutionerades kirurgin genom framväxten av anestesi och antiseptik och upptäcktes nya sätt att ge smärtfrihet vid operationer: lokalbedövning, ledningsanestesi, ryggmärgsbedövning och intravenös narkos omfattande bukkirurgi möjliggjordes. Under den perioden var dock kloroform populär och eter var den mest använda bedövningsmedlet (Järnhult & Offenbartl, 2008; Jeppsson et al., 2005).

Världens äldsta kvinnoyrke är barnmorskeyrket. Under medeltiden skulle kvinnan vara gift eller änka och själv ha fött barn för att bli betrodd, pålitlig, efterfrågad och anlitad som jordmor, jordgumma. År 1571 började barnmorskeyrke regleras på kyrkoordningar och sedan följde lagar arbetsordningar. År 1777 kom första Reglemente för "Jord-Gummorna" som gällde hela riket. Barnmorskan måste bli godkänd av präst, stadsläkare, undervisas, förhöras, examineras och till slut avlägga ed. Första år 1908 fattade riksdagen beslut så att varje kommun var skyldig att anställa examinerade barnmorskor. Barnmorskorna i Sverige fick en unik rätt, internationellt sett att använda instrument år 1829. Alla barnmorskor skulle ha en grundläggande sjuksköterska utbildning med dubbel legitimation på 1950-talet. I barnmorskans yrkesansvar ingår också att suturera okomplicerade vaginala bristningar (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009).

Anledningen till det första förslaget om barnmorskeundervisning var den höga dödligheten, båda för mödrar och barn som kunde minskas med utbildade barnmorskor. Den examinerade barnmorskans närvaro har haft betydelse som stöd för kvinnan, för bedömning av förlossningens förlopp, med inre och yttre undersökning, och i efterbörds-

skiftet. På 1930- talet ökade mycket snabbt andelen institutionshem, sjukstugor, kirurg-
BB och kvinnokliniker. Då var hemmet inte längre bra platsen för mycket komplice-
rade förlossningar (Hagberg, Marsál & Westgren, 2008).

TEORETISKA BEGREPP

I bakgrunden kommer mitt ämne, barnmorskors syn på suturering av perineala skador
efter vaginal förlossning att relateras till begreppen sexuell hälsa och livskvalitet.

Livskvalitet

Barnmorskor är den personalkategori som i stor utsträckning och i första hand möter
och har ansvar för kvinnors reproduktiva hälsa i ett livscykelperspektiv. Barnmorskor
möter kvinnor i olika skeden av livet, med olika behov av vård och råd gällande sexua-
litet och reproduktion. För att förstå människan i ett livscykelperspektiv kan begreppet
livskvalitet vara ett verktyg. Livskvalitet definieras av Rustöen (1993) som individers
medvetna positiva och negativa, kognitiva och emotionella upplevelser. Den kognitiva
aspekten representerar individens egenbedömningar av och tillfredsställelse eller miss-
nöje med livet generellt eller av vissa delar av livssituationen.

Den norska psykologen Siri Naess har i många år arbetat både teoretiskt och empiriskt
med livskvalitet som begrepp. Författare knyter livskvalitet till människans inre upple-
velser och betecknar det som psykisk välbefinnande. Livskvalitet är att ha det bra, att
ha goda känslor och positiva bedömningar av sitt eget liv. Exempel på goda känslor är
kärlek, engagemang och glädje. De positiva bedömningarna kan vara tillfredsställelse
med sitt liv, självrespekt och upplevelse av mening i tillvaron. Livskvalitet som psy-
kiskt välbefinnande är knuten till individen och inte till samhället. Livskvalitet är bun-
den till individens inre upplevelser och närvaro av positiva och frånvaro av negativa
upplevelser. (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2005) Enligt Ventegodt (1998) är livs-
kvalitet mer än tillfredsställelse och menar vidare att livskvalitet innebär att människan
kan uppnå välbefinnande genom anpassning. Livskvalitet definieras i termer som att
vara balanserad, centrerad, känna sig själv, ta ansvar för sitt liv, vila i sig själv, förstå
livets mening, leva i de stora sammanhangen och att bygga broar mellan själens djup
till omvärlden. Mening med livet är en universell faktor för välbefinnande och livskva-

litet. Mening och engagemang är förbundna med varandra och varje är centrala för upplevelsen av god livskvalitet oavsett fysisk och psykisk förmåga.

Skador i underlivet kan för kvinnan få konsekvenser i ett livsperspektiv. Att minska skador i underlivet i samband med förlossning är av prioritet för kvinnor och deras vårdgivare, då sådana skador kan orsaka både kort och långsiktiga problem för nyblivna mammor och kan utgöra terapeutiska utmaningar för vårdgivare. De kortsiktiga problemen är blodförlust, behov av suturering och perineal smärta. Långsiktiga problem innebär förlängd smärta och olika funktionella svårigheter som t. ex tarm-, urin- och sexuella problem. Det är känt att förstföderskor erhåller en större grad av skada i underlivet under vaginal förlossning i jämförelse med omföderskor (Albers et al., 2006).

Att föda barn är bland det viktigaste i en kvinnas liv. Det kan i sin tur ge långsiktiga konsekvenser av smärta, sexuella problem, urininkontinens, problematik med att hålla avförning eller gaser. Kortsiktigt kan t.ex. smärtan av en bristning påverka kvinnan negativt direkt efter förlossningen och på sätt kan amningsproblematik uppstå. Därmed är barnafödandet och dess konsekvenser relaterade till kvinnans livskvalitet.

Sexuell hälsa

Sexualitet är en viktig del av människas identitet och de individuella variationerna är stora. Sexualitetens betydelse för den enskilda människan och innehållet i sexualiteten varierar mycket under livets gång och den påverkas och förändras ständigt på grund av de förutsättningar hon har runt omkring sig (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). Sexuella problem är inte en ovanlig anledning till besök hos barnmorska eller gynekologen. Orsaker till sexuella problem kan vara av fysisk eller psykisk natur. Sexuella problem är mycket personliga och det kan vara svårt att tala om dem, både med sin partner och med andra. Kvinnors reaktion efter en förlossning beror mycket på förlossningens förlopp. Förutom att skador i livmodertappen, vagina, bäckenbotten eller vulva kan göra det svårt för henne att genomföra samlag under en kortare eller längre tid post partum, kan dessutom psykisk stress under förlossning medföra reaktioner som leder till nedsatt lust (libido) (Hagberg et al., 2008).

Sexlivet kan förändras när man har fått barn. Samlivet kan påverkas under flera år av barnets existens. Det krävs planering för att få ett hyggligt sexliv. Man måste vara medveten för att parets sexualitet inte bli sämre. Under graviditet blir det eventuellt mindre sexuell aktivitet. En del kvinnor tappar lust för att ha sex, flera av de kvinnor som tappar sin lust, tror att samlag kan skada barnet. Ibland upplever man ett ökat intresse för sexuell umgänge då slemhinnan påverkas av östrogen och detta ger motiv till samlag (Kristoffersen et al., 2005).

Efter första förlossningen observeras en skillnad i kvinnans kropp, slidan blir lite större och bäckenbotten har inte återfått sin spän. Slemhinnan kan bli tunn under amningstiden och lubrikationen är nedsatt. Normal bäckenbotten muskulatur är viktig för den sexuella upplevelsen och effektivitet till orgasm. Efter förlossning avvaktar många par nästan sex veckor med att samlag trots att det inte finns medicinska hinder för sexuella handlingar. En del kvinnor har inte lust under den här perioden. Flera kvinnor är oroliga att det ska göra ont, mannen är rädd att göra kvinnan illa. En del kvinnor upplever mindre sexlust första året efter förlossningen. WHO talar om en integration av fysiska, emotionella, intellektuella och sociala aspekter på den sexuella existensen som utvecklar och berikar personlighet, kommunikation och kärlek (Kristoffersen et al., 2005)

Sexuell hälsa kan också definieras som något som har en betydelse för fysisk och psykisk hälsa enligt Department of Health i England. Det är ett nyckelbegrepp av vår identitet som mänsklig varelse vid sidan av de grundläggande mänskliga rättigheterna att ha ett familjeliv och ett privatliv fritt från diskrimineringar. De grundläggande elementen i en god sexuell hälsa är jämställdhet och sexuell tillfredsställelse med tillgång till information och rådgivning för att undvika oönskade graviditeter, ohälsa och sjukdomar (Naidoo & Wills, 2007).

Enligt Sveriges regerings styrdokument handlar den sexuella hälsan om livskvalitet och personliga relationer, rådgivning och hälsovård. Sexuella rättigheter innefattar rätten för alla människor, att bestämma över sin egen kropp och sexualitet. Reproductiv hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kring det reproductiva systemet och all dess funktioner och inte bara frånvaro av sjukdom (www.regeringen.se).

Perinealt trauma är en ofta förekommande komplikation till vaginala förlossningar, mer än 80 % av alla förstföderskor får skador i blygdläpparna, slidan och/eller perineum. Smärtan och obehag relaterad till perineala skador och suturering är känd för att ha en negativ inverkan på den sexuella aktiviteten första året efter barnafödandet (Kindberg, Stenhouwer, Hvidman & Henriksen, 2007).

PERINEALBRISTNINGAR

Det som i dagligt tal kallas för förlossningsskador menas olika grad av bristningar i förlossningskanalen, mellangården eller analsfinktern. De viktigaste riskfaktorerna till uppkomsten av bristningar är indelade i tre grupper, maternella; fetala och obstetriska. Maternella riskfaktorer är att vara förstföderska, fetala är barn som väger över fyra till fem kg och obstetriska är yttre press i fundus, användning av instrument som sugklocka eller tång, perineutomi som ökar risken för sfinkterskada, utdrivningsskede mer än 30 minuter, ödem i perineum och skulderdystoci (Hagberg et al 2008; Brody, 1993).

Bristningar påverkar vävnader och nerver i bäckenregionen. Obstetriska bristningar kan orsaka livslånga besvär med urin och analinkontinens som i sin tur påverkar livskvaliteten negativt och leda till social isolering. Skador i analsfinkter beräknas idag förekomma i cirka 4 % vilket visar en ökning med 3,5 % sedan 70-talet. Orsaken till denna ökning är okänd. I Sverige använder man sig av en fyrgradig diagnosskala för förlossningsskador (Hagberg et al., 2008).

Utveckling av de högteknologiska förhållningssätten inom obstetrik och förlossningsvård har förknippats med en samtidig ökning av incidensen av perineala skador (Draper & Newell, 1996).

Perineala skador är en vanlig komplikation till vaginal förlossning och studie visat att 75 % - 80 % av förstföderskor får skador i blygdläpparna, slidan eller perineum (Lundquist, Olsson, Nissen & Norman, 2000; Kindberg, et al.; Albers et al., 2006). Smärta och obehag i samband med dessa skador har rapporterats påverka kvinnors dagliga aktiviteter, såsom att sitta, gå eller lyfta bebisen post partum. En nyförlöst kvinna kan känna sig främmande för sin egen kropp och fundera över om hon någonsin kommer att bli sig själv igen. Medan det för en del inte alls är något bekymmer kan andra känna stor oro över vad förlossningen kan ha satt för spår i underlivet (Hagberg et al., 2008).

En grad-I bristning omfattar endast hud och vaginalslemhinnor, introitus och/eller i perineum men inte i underliggande vävnad. Grad-II bristning innebär bristning i vaginalslemhinna, introitus, hud och muskler i perinelavävnaden d.v.s. m. bulbocavernosus, m. perineala transversalis superficialis och andra djupare vävnader men inte i analsfinktern. En grad-III bristning eller ruptur delas in i två grupper. Grad-III skada innebär bristning av ytlig vävnad, muskler i perineum och en del eller hela analsfinkter vilket leder till antingen en partiell eller total grad-III-bristning. När hela analsfinktermuskeln är skadad och bristningen går in i slemhinnan i analkanal kallas det för grad-IV bristning eller total ruptur vilket är den mest omfattande bristningen (Hagberg et al., 2008; Kaplan et al., 2009).

Diagnossättningen vid gradering av olika bristningar har ifrågasatts med stöd av en studie då diagnossättningen för analsfinktern beräknades vara 11 % medan en noggrann undersökning med ultraljud och kontroll av expertisen visade ett resultat på 25 %. Den största missbedömningen har framförallt varit vid grad-II bristningar som vid efterkontrollen visat sig vara en grad III - IV, det vill säga en sfinkterskada. Den bristfälliga diagnostiseringen ifrågasätter anatomiska kunskaper hos både läkare och barnmorskor inom detta område. (Hagberg et al., 2008)

De obstetriska bristningar i samband med förlossningen kan ibland resultera i livslånga inkontinensbesvär som i sin tur leder till allvarliga konsekvenser hos kvinnan i form av försämrad livskvalitet och social isolering. Problemet är dessutom att symtom och besvären hos de drabbade är fortfarande så genant och tabubelagt att kvinnor inte brukar spontant söka vård för (Hagberg et al., 2008).

PERINEALSKYDD OCH PERINEOTOMI

Man avser perinealskydd för att förebygga perinala skador. Anatomisk är bäckenbotten (perineum) den muskulatur och bindväv som utgör bäckenhålens nedre begränsning. Kliniskt är perineum det område som hos kvinnan ligger mellan anus och vaginalmynningen. Perineums funktion är att stödja och bära upp bäckenbottenorganen. I perineum finns öppningar till rectum, vagina och urethra (Kaplan et al., 2009).

Perineum brukar vara hög och utspänd innan barnets huvud har trängt igenom och därför är det lätt att inspektera området. När perineum vitnar är det ett tecken på risk för

bristning. Små bloddroppar som pressas ut genom perinealhuden är ett tecken på bristning på insidan av perineom. En låg perineum kan ha orsakats av tidigare suturering då vaginalbotten har flyttats upp. Perineotomi är ett sätt att vidga förlossningskanalen genom att göra ett medialt eller medio-lateralt klipp vid förlossningskanalens utgång. Perineotomi används för att förebygga stora spontana rupturer i vagina och perineum. Den vanligaste indikationen för perineotomi är akut hotande fosterasfyxi. Vaginal prematur förlossning är den andra indikationen då vävnaden runt introitus är stram och rigid och det finns en ökad risk för intrakraniella blödningar vid långvarigt tryck mot barnets huvud. Perineotomi används även vid instrumentell förlossning för att få utrymme för vävnader och instrument då det finns risk för stora vävnadsskador. Episiotomin läggs då perineom är utspänd för att minska blödningsmängden. Därefter är det viktigt med perinealskydd på grund av ökad risk för totalruptur av grad III eller IV speciellt hos förstföderskor som har epiduralbedövning, oxytocindropp och forcerad krystning (Kaplan et al., 2009). Vid andra fall diskuteras det ofta, när det är befogat med perineotomi. Det anses vara då perineom börjar vitna och som är tecken på bristning (Hagberg et al., 2008; Weström, Åberg, Anderberg & Andersson, 2005).

Eftersom perineotomi görs i akuta situationer kan det lätt utföras felaktigt. Klippet ska sättas från mittlinjen av introitus. Perineotomi som görs tvärs igenom Bartholins körtlar förstör utförgångarna. Ett felaktigt perineotomi kan leda till besvärande ärrbildningar, ett snett hopväxt perineum och smärtor vid samlag. Vid andra förlossningar blir dessa ärr stumma och oftergivliga som kan leda till ett nytt klipp eller bristning vid sidan av det gamla klippet (Kaplan et al., 2009).

Episiotomi bör i allmänhet utföras vid komplicerade förlossningar och vid fall där barnet är stressat och när obstetriska bristningar förutsägs ha allvarliga konsekvenser (Valenzuela, Puente, Valero, Azorin, Ortega & Guijarro, 2008).

BARNMORSKANS ANSVAR

Barnmorskan har ett ansvar att under BB vården kontrollera bristningar och klipp vid behov och om kvinnan upplever besvär, dels för att se att en normal läkningsprocess pågår och dels för att bekräfta för kvinnan att allting ser normalt ut (Kaplan et al., 2009). I Sverige ingår det i barnmorskans ansvarsområde att suturera bristning grad I och II. Vid komplicerade bristningar är det läkare som suturerar (grad III och IV).

Draper och Newell (1996) har visat i sin forskning att det kan finnas fördelar med att sutureringen är en del av den fortsatta vården av kvinnan efter förlossningen. Den person som utfört förlossningen eller gjort perineotomi bör också reparera förlossningsskadan och reparera klippet. Förtroende och stöd som utvecklas mellan kvinnan och barnmorskan under förlossningen kan göra perinealreparationen mindre traumatiskt.

Omfattningen av skada, barnmorskans skicklighet, suturteknik och suturmaterial är de faktorer som är avgörande för kvinnans upplevelse av sjukdom efter förlossningen. (Valenzuela et al., 2008).

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning har som syfte att tydliggöra barnmorskans roll och professionella kompetens och yrkesutövning. Målet är att ge patienten en god och säker vård. Dokumentet visar tre väsentliga områden för barnmorskan; sexuell och reproduktiv hälsa, forskning, utveckling och utbildning samt ledning och organisation. Grunden för samtliga kompetensområden är helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. Barnmorskan har olika verksamhetsområden som präglas av ett etisk och holistisk förhållningssätt och som bygger på vetenskaplig och beprövad erfarenhet. Barnmorskan ska visa respekt och omtanke till patienter och arbetet ska genomföras enligt gällande föreskrifter, författningar och riktlinjer. Värdegrunden för barnmorskan väsentliga områden vilar på en humanistisk människosyn med respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. Det är vidare viktigt att ta reda på patienten och närståendes önskemål med öppenhet och respekt för olika värderingar. Barnmorskan ska ha en förmåga att arbeta hälsobefrämjande för individ-, grupp och på en samhällsnivå för att förebygga ohälsa (Socialstyrelsen, 2006).

SUTURERING

Sutureringstekniken har en lång historia sedan 1500 år före Kristus. De första materialen som användes var hår från djur och människor, senor och fibrer från växter. Silke, bomull, linne, ståltråd och tvinnade trådar från får- eller oxtarmar (catgut) är de material som använts under de senaste århundraden. Resorberbara naturmaterial såsom catgut eller catgut som är överdragna med krom bör ej längre användas inom obstetrisk och gynekologisk vård på grund av risk för infektion och vävnadsreaktion. På 70-talet kom den första syntetiska och resorberbara tråden, PolyGlycolic Acid (PGA) som heter Dexon och lite senare kom Polyglactin det vill säga Vicryl. Trådarna kan vara både

monofila och multifila. Monofila suturer är heldragna och nonkapilära, vilket betyder att de inte drar åt sig vätska och mikroorganismer (Kaplan et al., 2009).

Multifila suturer består av flera hoptvinnade eller flätade trådar som drar åt sig vätska/mikroorganismer mellan sina fibrer och blir därmed mjukare. Infektionsrisken minskar vid användning av de syntetiska monofila/multifila suturmateriel som har ett överdrag. De syntetiska materialens resorberbara suturer bryts ner via hydrolys och bildar sura nedbrytningsprodukter som har en antibakteriell effekt. Idag används mest de resorberbara multifila suturer och de mest vanligaste är polyglukolsyra (Dexon) och polyglactin (Vicryl) som håller fast i 30 dagar och resorberas efter 50-70 dagar. Vicryl Rapid resorberas snabbare i vävnaden jämfört med vanlig Vicryl vilket kan ge mindre obehagskänsla av svullnad, smärta och smärta vid samlag. De icke resorberbara trådarna tas bort efter fem till sju dagar. Om resorberbara suturer som Dexon används vid enstaka eller intrakutana sutureringar, får man klippa bort knutarna utanför huden efter cirka fem dagar (Kaplan et al., 2009).

TIDIGARE FORSKNING

Tidigare forskning har sökts via databaserna Cinahl och PubMed, samt vid ett tillfälle, 28/8-2009 med hjälp av en bibliotekarie. De sökord som använts är barnmorskor "nurse midwives", stygn "sutures", födande "parturition", episiotomi "episiotomy", lacerationer "lacerations". Efter sökning bland "related article" och användning av systemet "MesH -termer" i min sökning valdes 39 relativt nyare artiklar som matchade sökningen. Slutligen begränsades urvalet till 10 av de 39 valda vetenskapliga "peer reviewed" studierna.

Det fanns endast en studie med ett snarlikt syfte som denna studie, dvs. barnmorskors synsätt och åsikter i relation till perineala reparationer. Studien utfördes år 2007 i Australien. Den genomfördes med hjälp av frågeformulär som innehöll både öppna och slutna frågor som delades ut till 111 barnmorskor. Barnmorskorna arbetade vid 28 olika sjukhus och var från fyra olika stater i Australien. 96 % av deltagarna svarade på frågeformulären varav 43 % ansågs som oerfarna, 28 % hade ett till nio års erfarenhet och 29 % av deltagande barnmorskor hade mer än 10 års erfarenhet. 43 % av deltagarna hade inte utfört någon perineal reparation eller hade inte gjort det på flera år. Frågeformulären tilldelades bland deltagarna morgonen innan en studiedag som handlade om

perineal reparation. Analys av studien visar att 48 % av barnmorskorna "ibland" oroade sig för de rättsliga konsekvenserna av att göra perineal reparation. 18 % oroade sig "aldrig" och 11 % sa att de oroade sig "hela tiden". Endast en tredjedel av barnmorskorna kände sig mycket säkra. Deltagarna visade mer säkerhet ju mer erfarenhet de hade av suturering/perineal reparation. Det som var klart var att nästan alla barnmorskor (96 %) önskade få utbildning om perineal reparation i form av workshops och tillsammans med läkare. Barnmorskorna i studien var dessutom i hög grad eniga om att det borde finnas en enhetlig skolning för personal över alla stater i landet. De menar vidare att skolningen borde regelbundet bli uppdaterade såsom vart annat år (Dahlen & Homer, 2007).

I en annan studie har man undersökt effekterna av en strukturerad, praktisk utbildning för barnmorskor. Utbildningen genomfördes genom en "one-to-one" metod av en grupp erfarna läkare och barnmorskor där olika modeller och ox-tungor användes som utbildningsmaterial. "One-to-one" utbildningsmetod valdes för att det var viktigt att vara säker på att alla barnmorskor fått utbildning av samma kvalitet. Genom 29 endagsutbildningar i form av workshops fick 719 barnmorskor under åren 2001 till 2008 undervisning om perineala reparationer. Fyra månader efter utbildningstillfällena fyllde barnmorskorna i ett frågeformulär där de med hjälp av ett poängsystem på en Visuell Analog Skala (VAS) uppskattade sin kunskap och skicklighet. Enkäten gavs till deltagare åren 2006 till 2008. Resultatet visar att det var en signifikant skillnad mellan barnmorskornas poängskala före och efter utbildningstillfällena, dvs. barnmorskorna angav en ökad kunskapsnivå fyra månader efter utbildningstillfället i jämförelse med tiden innan utbildningen. En ytterligare slutsats som dragits från denna studie är att en strukturerad praktisk utbildning är ett effektivt sätt för barnmorskor som utför perineal reparation och detta leder till nöjdare patienter (Selo-Ojeme, Ojutiku & Ikomi 2009).

Det finns några studier där man undersökt suturerings teknik vid perineal reparation. En randomiserad dansk studie har jämfört två suturerings tekniker, enstaka med omvända (inverted) knutar respektive fortlöpande för reparation av grad II-bristningar och episiotomier. Huden har vid båda teknikerna lämnats osuturerad. Den fortlöpande metoden innebar lösa kontinuerliga suturer utan knutar med början från vaginalslemhinna och fortsatt i muskellager i perineum. Därefter fortsattes sutureringen uppåt med samma fortlöpande suturer i den subkutana vävnaden (några mm under huden) för att

närma perinealkanterna. Avslutning sker med en knut i vaginalslemhinnan framför hymenringen. Den enstaka metoden innebar omvända suturer som är fortlöpande utan knutar som stänger vaginalslemhinnan med endast en knut vid hymenringen. Två till fyra enstaka omvända (inverted) suturer sätts på muskellager av perineum. Perineum sluts genom omvända enstaka suturer i den subkutana vävnaden några mm under hudkanterna där knutarna hamnar i djupet av såret och är därmed dolda. Således är ingen suturmateriel synlig på hudytan och detta kan fördröja läkningen. Denna studie gjordes under åren 2004 till 2005. Deltagare i studien var 400 friska förstföderskor. De undersöktes och intervjuades efter 24 till 48 timmar, efter 10 dagar samt efter sex månader då de tillfrågades per telefon. Frågorna gällde dyspareunia, perinatal smärta, behov av resuturering och patienttillfredsställelse. VAS och McGill Pain Questionnaire (MPQ) användes som metod. Sår läkningen utvärderades av en systematisk utvärdering av rodnad, ödem, blåmärken, utsläpp och tillnärmning av sårkanter så kallad REEDA-skala. Alla barnmorskor utbildades att utföra båda suturteknikerna under teoretisk introduktion och praktisk workshops. Resultatet av studien visar att det inte fanns någon skillnad vad det gäller smärta i perineum 10 dagar efter förlossningen. Patienttillfredsställelsen med reparation och förekomst av dyspareuni var likartade i de två grupperna, 6 månader efter förlossningen och behovet av senare översyn av reparation skiljde inte mellan grupperna (Kindberg et al., 2007)

Den stora skillnaden mellan den fortlöpande och den enstaka sutureringstekniken är kostnadseffektivitet och tid. Kontinuerlig suturteknik är mindre tidskrävande att utföra och kräver också mindre suturmateriel än den enstaka metoden. (Kindberg et al., 2007; Valenzuela et al., 2008).

En annan studie där olika sutureringstekniker jämfördes utfördes i Spanien åren 2005 till 2007. En grupp kvinnor suturerades med fortlöpande suturer och den andra gruppen med enstaka suturer. Kvinnorna blev tillfrågade om smärta i vila, vid rörelse, sittande, vid urinerings och avföring. Undersökningen visade att den upplevda smärtan hos kvinnorna syddes med de två olika sutureringstekniker, enstaka eller fortlöpande, inte skiljdes åt två och 10 dagar samt tre månader post partum. De flesta kvinnor använde inte någon smärtstillande två dagar post partum. 55 % av kvinnor i den fortlöpande gruppen upplevde dyspareuni första gången de återupptog sexuell aktivitet medan 59 % av

kvinnorna i den enstaka gruppen upplevde dyspareuni vid återupptag av sexuellt aktivitet (Valenzuela et al., 2008).

Det finns också studier där episiotomi utvärderats. En studie från Israel undersökte effekter av praktisk utbildning om evidensbaserad fakta gällande episiotom under åren 2001 till 2002. I staden Haifa i Norra Israel, finns tre offentliga sjukhus där ca: 9000 vaginala förlossningar utförs per år. Föreläsningar om risker och fördelar av episiotomi gavs på två sjukhus. Syfte i den här studien var att bedöma potentiella effekten av pedagogisk utbildning på episiotomi praxis. Episiotomi är ett av de kirurgiska ingrepp som är vanligast förekommande världen över. Frekvensen varierar mycket i olika delar i världen, upp till 93 % hos förstföderskor. Resultat av studien var att en betydande och varaktig minskning av episiotomi observerades vid två sjukhus där föreläsningar gavs (Löwenstein, Drugan, Gonen, Itskovitz-Eldor, Bardicef & Jakobi, 2007).

Vidare finns det studier där teknik för perinealskydd utvärderats. Vid en randomiserad klinisk studie gjord i University of New Mexico under åren 2001 till 2005 har tre olika perineal-skyddstekniker använts, värmekompress mot perineum, massage med olja och att hålla en hand vid perineum till genomskärning av barnets huvud. I studien undersöktes effekten av dessa metoder vid vaginal förlossning. Studien har haft som syfte att identifiera maternella och kliniska faktorer som är relaterade till skador i underlivet vid spontan normal, vaginal förlossning hos friska kvinnor, både förstföderskor och omföderskor. Först samlades specifika kliniska "items" som är relaterade till obstetriska skador. Dessa inkluderar sammansatta bjudningar, terminal fetal badykardi och "Valsalva", dvs. ihållande forcerad krystning eller "non-valsalva", där kvinnan själv bestämmer hur hon vill krysta. Kvinnorna randomiserades och erhöll en av de tre valda perinealskyddsmetoderna. Studien visar att risken att få skador i underlivet minskade om barnets huvud förlöstes mellan två värkar. Förlossningstekniker som utförs med full kontroll och utan stress minskar risken att få förlossningsskador i underlivet vid en normal, spontan vaginal förlossning (Albers et al., 2006).

Det finns också studier som undersökt suturering i relation till ej suturering. En studie undersökte smärta och sår läkning hos vaginalförlösta förstföderskor efter vecka 37 med grad I-II- bristning. Sår läkningen mättes med REEDA-skala som är ett vetenskapligt verktyg som bygger på exakta mätningar av graden av trauma i millimeter, efter dag

ett, 10 och sex veckor post partum. Studien visade ingen signifikant skillnad vad gäller smärta, depression eller användning av farmakologiska och icke -farmakologiska analgetika mellan grupperna vid de tre undersökningstillfällena. Den signifikanta skillnaden som hittades mellan grupperna var avseende sår läkningen. Kvinnor som inte blev suturerade hade efter sex veckor en sämre sår läkning med lägre REEDA poäng för sår tillnärmning i jämförelse med de suturerade kvinnorna (Fleming, Hagen & Niven, 2003).

En annan studie från 2002-2005 i Mexico studerade den funktionella effekten av icke suturerad grad II bristning post partum. Deltagarna var delade i tre grupper. Den första gruppen hade hel perineum, den andra gruppen blev suturerade med fortlöpande suturer och vid behov, för att återställa anatomin och för att uppnå hemostas, fick de även enstaka suturer. Kvinnorna i den tredje gruppen lämnades osuturerade. Sex veckor efter förlossning genomfördes en fysisk undersökning av perineum och en digital mätning av bäckenbottenstyrkan med en fem gradig skala. VAS metoden och Mc Gills smärta-frågeformulär användes vid utskrivning från sjukhuset, sex veckor och tre månader efter förlossningen. Frågor om anal och urininkontinens och den sexuella funktionen utvärderades tre månader post partum med Intimacy Relationship Scale (IRS). Effekten av urininkontinens med effekt på livskvaliteten gjordes. 80 % av de 578 kvinnorna följdes upp sex veckor respektive tre månader post partum och resultatet av studien visade att den suturerade gruppen använt mer analgetika. 12 veckor efter förlossningen fanns inga skillnader mellan grupperna när det gäller klagomål av urin eller anal inkontinens, sexuell inaktivitet, eller den sexuella funktionen. Styrketräning för att stärka bäckenbotten var vanligare hos kvinnor med andra grads bristningar med svag styrka av bäckenbotten jämfört med kvinnor med intakt perineum. Multiparitet, lägre utbildning och lägre fostervikt förknippades med intakt perineum (Leeman, Rogers, Greulich, Albers 2007).

En annan studie gjord på Karolinska sjukhuset år 1996-1997 jämförde läkningsprocessen och smärtupplevelsen hos en grupp med 80 kvinnor som haft bristning grad I-II. Inklusionskriterier var att bristningarna inte skulle blöda, sårkanterna skulle falla väl ihop samt djup och längd av såren inte skulle överskrida två x två centimeter. Hälften av kvinnorna suturerades med absorberbar material Polyglycolic acid, Dexon och smärtlindrades med Pudendusblockad och Xylocain spray. Den andra hälften av kvin-

norna blev ej suturerad. De två olika grupperna upplevde lika mycket obehag, dock av olika karaktär såsom brännande känsla, drag, stickande känsla eller ömhet. Den suturerade gruppen behövde söka barnmorskor oftare pga. obehagskänsla från sina suturer. De osuturerade kvinnorna upplevde inte att bristningen hade stört amningen. 16 % av de suturerade kvinnorna blev störda av sina suturer speciellt vid den första amningstillfället då deras koncentration stördes pga. obehag från suturerna. Studien visade dock ingen skillnad gällande längden på amningen. Det slutliga resultatet av studien är att de små bristningarna kan lämnas att läkas spontant och kvinnorna bör själva välja om de vill bli suturerad eller inte (Lundquist et al., 2000).

En studie genomfördes i Sverige vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg år 2001 och undersökte suturmaterial. Syftet med denna studie var att bedöma om en monofilament sutur material (Biosyn) jämfört med ett vanligt förekommande multifilamenttråd sutur (Dexon II) skulle orsaka mindre problem och lägre nivåer av obehag och smärta. Det var en randomiserad studie där bedömningen gjordes av suturmaterial, suturteknik och en beskrivning av skador omedelbart efter förlossning, innan kvinnorna lämnade BB, en till tre dagar efter förlossning. Innan studien fick alla barnmorskor instruktioner om sutureringsteknik. Varje kvinna erbjöds en visuell kontroll av perineum av barnmorskan och instruerades att mäta graden av obehag och smärta från sutureringsområdet med en VAS. Efter utskrivning från BB sändes ett frågeformulär till vårdcentraler där efterkontroll utfördes för en ytterligare utvärdering och VAS-mätning, 8-12 veckor postpartum. Resultatet visar att det var inga skillnader i grupperna avseende paritet, förlossningssätt, bristningar eller episiotomi. Det var vidare ingen skillnad avseende läkningen av bristningen på BB beroende på suturmaterial. En till tre dagar efter förlossningen hade 82 % av kvinnorna en bra läkning av bristningen. Det var inga skillnader i nivåerna av obehag och smärta mellan grupperna på BB. Vid uppföljning 8 till 12 veckor postpartum fanns en signifikant skillnad i läkning mellan grupperna. Fler kvinnor i multifilnylon (Dexon II)-gruppen hade en perineum i god läkning. Fler kvinnor i monofilament (Biosyn)-gruppen hade besökt hälso-och sjukvården pga. problem från sutureringsområdet innan uppföljning vid 8 till 12 veckor jämfört med kvinnor i multifilnylon-gruppen. Nackdelarna med monofilament material jämfört med polyglykolsyra (absorptionstid 60-90 dagar) i denna studie kan bero på längre tid till absorption för monofilament (90 till 110 dagar)(Dencker, Lundgren & Sporrang, 2006).

PROBLEMFORMULERING

Det finns forskning som undersökt effekten av suturerings teknik och material samt vilka bristningar som ska sutureras eller ej. Vidare finns det studier som undersökt rivsår och episiotomi i relation till bristningar samt utbildning för barnmorskor i ämnet. Dock har jag bara funnit en studie som undersökt barnmorskors upplevelse av suturering efter vaginal förlossning. En frågeställning för detta arbete är vad barnmorskorna själva tycker om olika aspekter av suturering och uppföljning av perinealbristningar och vad de själv skulle vilja förändra till det bättre gällande suturering.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva, barnmorskors syn på suturering av perineala skador efter vaginal förlossning,

METOD

I pilotstudien har en induktiv kvalitativ innehållsanalys använts (Lundman & Hällgren Granheim, 2008). Syftet med detta metodval var att barnmorskor öppet och med egna ord skulle kunna berätta om sina egna erfarenheter, kunskap och idéer kring suturering.

Innehållsanalys är en empirisk vetenskaplig metod som inriktar sig på tolkning av texter från t.ex. intervjuer, observationsprotokoll eller tidningsartiklar. Metoden används framförallt inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap. Vårdvetenskap bidrar med utveckling av kunskap genom att problematisera och tydliggöra händelser inom vården. Därför krävs en vetenskaplig metod och förhållningssätt som synliggör tyst kunskap genom en helhetssyn där den unika människan tillåts träda fram (Lundman & Hällgren Granheim, 2008).

Det finns två huvudinriktningar inom innehållsanalys, en kvantitativ gren, som framförallt används inom mediaforskning, och en kvalitativ gren som med tiden har fått ett större användningsområde. Innehållsanalys kan vara antingen *deduktiv* eller *induktiv*. Vid *deduktiv* analys utgår man ifrån en i förväg utarbetad mall, modell eller teori, till exempel granskning av en omvårdnadsdokumentation sker med utgångspunkt från omvårdnadsprocessens olika steg. Vid *induktiv* ansats sker en förutsättningslös analys av texter som kan vara baserade på människors egna berättelser om sina upplevelser (Lundman & Hällgren Granheim, 2008).

Inom vårdvetenskap har den kvalitativa innehållsanalysen använts för att granska och tolka texter i form av journaler, videofilmer och bandade intervjuer som skrivits. (Lundman & Hällgren Granheim, 2008). Innehållsanalys kan göras med olika abstraktionsnivåer. Antingen kan man se till det manifesta innehållet, d.v.s. det som direkt uttrycks i texten. Det är vanligast inom den kvantitativa grenen. Ett annat alternativ är att man analyserar det latent innehåll vilket innebär att forskaren gör en tolkning. Själva processen kan se ut på flera olika sätt. Den följande beskrivningen visar ungefär hur man kan gå tillväga vid analys av intervjutexter:

- Hela texten (analysenheten) läses igenom upprepade gånger för att man ska få en känsla för helheten.
- Meningar eller fraser som innehåller information som är relevant för frågeställningarna plockas ut. Omgivande text måste tas med så sammanhanget kvarstår. Dessa meningar eller fraser kallas meningsbärande enheter.
- De meningsbärande enheterna kondenseras i syfte att korta ned texten men ändå behålla hela innehållet.
- De kondenserade meningsenheterna kodas och grupperas i kategorier som återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna. Dessa kategorier utgör det manifesta innehållet.
- Slutligen kan teman formuleras, där det latent innehåll i intervjuerna framgår (Lundman & Hällgren Granheim, 2008).

Inom kvalitativ tradition utgår man ifrån det att sanningen finns i betraktarens ögon därmed ses omvärlden som komplex, kontextberoende, konstruerad och subjektiv.

Detta innebär att tolkning av intervjupersonernas berättelse bör göras med medvetenhet om deras personliga historia, livsvillkor och rådande kultur. Detta betyder att text får mening genom läsaren och att en text inte har en given mening. Flera tolkningar är möjliga och kan vara giltiga även om de är olika (Lundman & Hällgren Granheim, 2008).

URVAL

I Göteborg finns två förlossningsavdelningar för normalförlossningar som är placerade på två sjukhus inom Sahlgrenska universitetssjukhuset. Jag valde att göra två intervjuer på varje normal förlossnings enhet. Total fyra intervjuer utfördes.

Informationsbrev skickades till förlossningsavdelningarnas vårdenhetschef på respektive sjukhusen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal och Östra, se bilaga 2. Därefter har genom telefonkontakt med avdelningarna getts även muntlig information om pilotstudien. Slutligen valde enhetscheferna ut två barnmorskor med olika arbetserfarenheter (mindre än 10 år och mer än 10 år) för intervjuer. Intervjuerna gjordes på avdelningarna. Den första intervjun spelades in genom bandspelare medan resterande spelades in genom diktafon. Det inspelade materialet har skrivits ner i text samma dag som intervjuerna har utförts. Barnmorskorna har dessutom fått en kort muntlig information innan start av intervjun. Vid intervjuerna har två öppna frågor ställts till varje barnmorska:

- Vad anser du om suturering?

- Vad skulle du gjort om du skulle vilja förändra något när det gäller suturering?

DATAANALYS

För att analysera innehållet i intervjuer har en kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Granheim (2008) användas. Intervjuerna lästes först noga igenom i sin helhet. Sedan delades materialet in i *meningsenheter* som betyder delar av texten som har mening för det ämne som studeras. I nästa analyssteg *kondenserades meningsenheterna* utgående från meningsenheterna. I vidare analys jämförs de kondenserade meningsenheterna och abstraherades till underkategorier och huvudkategorier (Lundman & Hällgren Granheim (2008). Exempel på meningsenheter återges i bilaga 2.

ETISKA ASPEKTER

Vetenskapsrådet har utformat fyra krav inom forskningsetiken, informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2009). Informationskravet innebär att forskaren har ansvar för att informera varje deltagare i studien om studiens syfte, deltagarens uppgift och villkor för deltagaren. Deltagaren medverkar alltid frivilligt och kan när som helst avbryta om han eller hon önskar så.

Samtyckekravet: betyder att deltagaren skall ge sitt informerade och frivilliga samtycke till att medverka. Detta skall lämnas till forskaren. Deltagaren skall kunna avbryta utan att det får negativa konsekvenser för henne/honom dvs. ingen påtryckning eller tvång får utövas från forskarens sida.

Konfidentialitetskravet: innebär att information om deltagaren är sekretessbelagd. Forskaren ansvar för att det ej går att identifiera deltagarna. Personerna har tystnadsplikt.

Nyttjandekravet: innebär att uppgifterna som framkommer i materialet ej får användas i andra sammanhang än det som forskarens avser.

Försiktighetsåtgärder görs enligt Helsingforsdeklarationen för att respektera deltagarnas privatliv och integritet samt för att behålla konfidentialiteten av intervjumaterialet (www.wma.net/e/policy2000). Denna pilotstudie kräver inte något tillstånd från den etiska nämnden då det är ett examensarbete inom utbildning så den inte faller under lagen om etikprövning (Vetenskapsrådet, 2009). Etiken beaktats vid denna studie genom att barnmorskorna frivilligt har deltagit vid intervjuerna. De har genom skriftlig information som skickats till avdelningarna fått reda på att avbrytandet av intervjun kunde ske när som helst under studien. Deltagarna har dessutom fått muntligt Information enl. lagar att inga namn och personuppgifter skulle anges i studien. Se bilaga 2.

RESULTAT

Resultatet bygger på intervjuer med fyra barnmorskor från två sjukhus (Sjukhus A och B). Vid intervjun ställdes öppna frågor gällande barnmorskors syn på suturerings. I re-

sultatet framkom följande huvudkategorier; suturering har förändrats över tid, att göra en bedömning, god smärtlindring är oerhört viktigt vid suturering och behov av fortlöpande utbildning och genomgång av suturteknik relaterat till nya rön. Underkategorierna var följande; syr mindre idag, suturerings teknik och val av metod, att inte suturera för mycket, noggrann observation, att vara förtrogen med en metod, beroende av sjukhus, bristningens karaktär och kontakt med kvinnan, kvinnans smärtekänslighet, lära av de erfarna och utveckla en praktisk utbildning för att hålla sig uppdaterad.

SUTURERING HAR FÖRÄNDRATS ÖVER TID

Barnmorskorna beskriver hur suturering har förändrats över tid. I dag suturerar barnmorskorna mindre i jämförelse med tidigare. Förändring över tid handlar också om suturerings teknik och material

Syr mindre i dag

Två av barnmorskorna nämner att förr var det vanligt att perinela bristningar syddes med stor noggrannhet, vilket nu är på väg att ändras. Man ska inte sy utom tvärtom, man ska sy så lite som möjligt. Man syr mindre yttre suturer i mellangården och man låter fler bristningar vara osuturerade.

"Förr i tiden så hade man eller barnmorskor har alltid varit en nitisk släkt, väldigt ordentliga och noggranna och man hade nog...det skulle se ut som man hade symaskin i ändan, machin stiches som det heter på engelska och att man var väldigt noggrann och sydde tätt och mycket. Men där har ju forskning visat att det är bättre att ta ett fåtal."

En av de intervjuade barnmorskorna beskriver hur ny kunskap har påverkat henne att suturera minde. Studier efter utbildningen gjorde att hon kom i kontakt med vetenskapligt material i ämnet. Detta har påverkat hennes syn på suturering och ändrat hennes sätt att sy. På frågan om vad denna barnmorska har ändrat svarar hon:

"Ja, mindre yttre suturer i mellangården och jag låter fler bristningar vara osuturerade, så färre stygn!...syftade flera studier på att det ibland är bättre att inte sy än att sy mindre perinealbristningar och då var det ganska stora perinealbristningar som ändå inte syddes"

Suturerings teknik och val av material

Suturerings tekniken har förändrats över tid beskriver barnmorskorna.

"Vi har använt lite olika med Vicryl och jag har gjort till och med, varit på den tiden när man suturerade med Catgut. Det är alltså FÅRTARM!"

"Och då sa man att man absolut skulle sy intracutant, snygg som och nu så som skolan gått ut med att man inte ska sy intrakutant, utan att man ska kunna lämna de där sista intrakutana som är 0,5 cm eller upp till 1,5 cm glipa. Och det här har jag väl testat NÅGON GÅNG men att man har gjort så är det där intrakutana stygnen ser så snyggt ut och man bara: Oh...det här ser ut som ett vanligt underliv. Hade det kommit ut barn här? Nej, det kan man inte se....! "

En av barnmorskorna som har jobbat 10 år vid den ena sjukhuset (B) säger att de har haft i princip samma material hela tiden sedan hon började. Under en viss tid när de hade de en sutureringsstudie med Polycorb tyckte hon att materialet var som en elastisk fisklina och att det inte var bra att sy med.

" ...under en tid vi hade en sutureringsstudie. Så hade vi en tråd som jag inte kan säga säkert namnet på, men det liknade fiskelina. Det var ingen flätad sutur utan det var en helt syntetisk sutur. Det var som en elastiskt fiskelina och det var ingen bra att sy med men nu har vi någon monofil sutur här tror jag"

En av barnmorskorna säger att förut använde ett sorts material som inte var absorberbart och barnmorskor skulle ta bort tråden efter ett tag. Då var kvinnor längre på BB och barnmorskorna hade en annan observation.

"Och man sydde med Sutureamid och man har varit tvungna att ta bort dem. Det är klart man hade ju då en annan uppföljning av bristningar och då också kvinnorna var kvar mycket längre på BB. Idag är det inte så när alla suturer görs av resorberbar material"

ATT GÖRA EN BEDÖMNING

Barnmorskornas bedömning är beroende av en strävan av att inte suturera i onödan.

Vidare gör barnmorskorna en noggrann observation. Bedömningen är också beroende av sjukhus och den metod de är förtrogna med.

Att inte suturera för mycket

Två av barnmorskorna anser att suturering bör användas bara när det behövs. De tycker inte det är nödvändigt att suturera alla sår när anatomin stämmer väl och nämner två viktiga indikationer till suturering.

”Jo, suturering ska man använda sig utav när det är välbefogat och det anser jag är då för att återställa anatomin och stoppa blödning. Det är de två viktigaste faktorerna för att suturera. Än tror jag att man kan lämna mer än vad vi kanske fortfarande gör.”

En barnmorska menar att om man har en väldigt ytlig bristning i vagina, så kanske man inte behöver sy den överhuvudtaget. Det förutsätter att vävnaden faller ordentligt bra ihop. Vid en större bristning menar barnmorskan vidare att det är viktigt att veta hur högt bristningen går och hur djup den är och man måste vara helt säker på att bristningen inte har engagerat sfinktern.

”Men kanske gäller generellt att vi syr för mycket... och efter det så har jag försökt sy mindre och inte sytt de bristningar som faller bra ihop och som inte blöder.... Nu syr jag mindre enstaka yttre stygn, mera fortlöpande. Därför att i den här studien såg man att kvinnorna hade mycket mer obehag av yttre suturer och det påverkar välbefinnande, samliv och läkning och så ”

Två av barnmorskorna är överens om att naturen sköter läkningen på bästa sätt och främmande material kan försvåra läkningen och därmed bidra till ökad obehagskänsla hos mammorna. Därför syr de så lite som möjligt.

”Jag tror i princip att naturen har en oerhört bra förmåga att läkas. För det är inte så att sutureringen i sig bidrar till läkning utan tvärtom. Fortlopande i så långt utsträck som möjligt för att undvika knutar, för att minska suturmaterialet. Min princip när jag undervisar så brukar jag säga så lite suturmateriale och så lite knutar som möjligt. Och det gör vi nu när vi använder fortlöpande eller när jag använder fortlöpande.”

Noggrann observation

En noggrann observation är av betydelse vid den individuella bedömningen. En barnmorska beskriver hur viktigt det är att ha kunskap för att leta rätt på bristningarna. Hon menar att en ordentlig observation, att torka, ta sig tid och titta efter bristningar är väldigt viktig inför suturering.

”För det första tycker jag att det är väldigt viktigt att man lär sig att se hur en bristning ser ut! Att inspektionen inför suturering väldigt viktigt Att man ser hur det ser ut ända upp i vagina även om man inte har någon bristning ute. Så man verkligen torkar upp ordentligt i vagina för att se hur det ser ut. För hur bristningen ser ut, det är också avgörande för hur man ska sy.

Ja, alltså, jag tycker inte att suturera i sig är svårt...men sedan kan jag tycka att ibland kan det vara svårt med pusslet.”

Att vara förtrogen med en metod

Tre av de fyra intervjuade barnmorskor brukar mest använda sig utav den fortlöpande metoden medan en av dem ofta syr enstaka, då hon känner sig förtrogen med denna metod.

"Alltså jag tror att vi syr för mycket! Att det är så väl genomblött och att det läker och det är så väl läkekött...men att sätta dit en massa främmande material.. Då försöker jag ta så STORA stygn som möjligt. Försöker att ha så mycket kött på tråden"

"...utifrån hur bristningen ser ut...och har man då en rift vid blygdläpparna, så brukar jag sätta en fortlöpande sutur där, så att man inte får så mycket knutar där och mycket små trådändar som sticker upp. Ibland kan det ju räcka med något enstaka stygn. Men ska man sy flera så brukar jag använda fortlöpande suturer där. Inne i vagina använder jag Ofta enstaka. Oftast!"

"Jag diskuterar jag mig lite. Därför att det är det jag är mest förtrogen med och jag känner att jag...ja...att det fungerar bra för mig..... Jag gör ofta så att jag oftast syr enstaka och inte allt för tätt så att man stryper cirkulationen i bristningen."

En av barnmorskorna beskriver sin favoritmetod, langettstygn som är en sort fortlöpande sutureringsmetod.

"Väva på, och sedan är jag ju lite löjligt förtjust i att sy i Langettstygn...att det hela tiden hänga tråden löst så att det blir en lös ögla...som man trär nålen genom och gåratt man drar vävnaderna så att de möter varandra så att inte skevar eller ligger snett...och det blir så att de kommer rakt på varandra, bara man vill och enligt vissa doktorer så gör den en bättre hemostas med Langettstygn."

En erfaren barnmorska berättar om sin favoritmetod, så kallad madrasssuturer som hon använder mest när hon syr utvändigt.

"Jag har liksom jobbat så länge, så har det växlat ganska mycket under årens lopp... så att det är klart att det har ändrat sig med....hur man syr också. Men just de här madrasssuturerna är jag väldigt förtjust i...Ja, då syr man som en åtta! Ner under huden. Då får du med dig både underliggande vävnad plus huden i samma stygn...och då behövs det oftast inte så många stygn, utan....jag väljer suturer utifrån hur det ser ut,...men mest använder jag enstaka och på utsidan madrassuturer."

Beroende av sjukhus

Intervjuerna med barnmorskorna har utförts vid två förlossningsavdelningar där olika material används. Barnmorskorna är nöjda med det material de har att tillgå. Två av de fyra intervjuade barnmorskor som jobbar på sjukhus A använder hellre Polysorb än Vickryl Rapid. De har tidigare haft Vicryl Rapid och de tycker att Vicryl Rapid torkar mycket fortare. En av barnmorskorna på sjukhus A anser att när man suturerar med

Polycorb använder man mindre material även om det är lite mindre resorberbarhet och det är även lättare att sätta knutar.

”Jag tycker att Polysorb är ett väldigt bra material. Man använder...använt den genomgående...Ja, vi har ju haft Vicryl och det är lite svårare att lägga knutar på kanske... och tycker jag att på Vicryl, den här raka nålen när man syr intracutant... är väldigt tunn och att den böjer sig och man behöver en grövre nål så att den inte böjer sig som en banan.”

”Vicrylarna var det så att knutarna släppte lite och det var kanske så att det här materialet ...vi hade Vicryl Rapid som hade en snabb resorberbarhet och då gick knutarna upp och kunde man inte ta så stora stygn och så kunde man inte göra så bra som jag gör, mata på så mycket på tråden för då tränar det och känns det som att det blir högre tryck när man drar i det torkade materialet.”

De två barnmorskorna som arbetar på sjukhus B använder mest Vicryl Rapid. De anser att Vicryl Rapid är ett bra material som absorberas mycket fortare. Och kvinnorna har mindre besvär och mindre ont. De tycker att det fungerar bra och deras känsla är att de inte har fått så många kvinnor tillbaka från mödravården för att de har fått besvär.

”Det tycker jag känns som ett enkelt bra material. Det är lätt att sy med. Och patienterna ska ju...suturen släpper tidigare så de har mindre besvär och patienterna slipper ha dem under en längre tid. Vicrylen löses upp fortare. De andra löser sig upp jag tror efter 10 till 12 veckor, jag tycker det är en ganska lång tid. Vicryl Rapiden tar kortare tid och suturer ska inte sitta i 10,12 veckor....men det är bara om det har varit sfinkter ruptur, men det syr inte vi. Då ska man inte använda Vicryl Rapid.”

”Och här (sjukhus B)menar de att Vicrylen absorberas fortare och patienterna har mindre besvär av det.”

GOD SMÄRTLINDRING ÄR OERHÖRT VIKTIGT VID SUTURERING

God smärtlindring är enligt barnmorskorna beroende av bristningens karaktär och kontakt med kvinnan samt kvinnans smärtekänslighet.

Bristningens karaktär och kontakt med kvinnan

En barnmorska beskriver hur bristningens karaktär är avgörande för vilken smärtlindring som används.

”Infiltration, spray eller pudendus beroende på bristningens karaktär. En större bristning så lägger jag gärna Pudendus. En större grad II-a alltså. Eller en grad III-a som så att man lägger det innan doktorn kommer och inspekterar.”

En barnmorska anser att man ska se på helheten när man ska bedömer vilken smärtlindring som är tillämplig för reparation av perineal bristning efter förlossning.

”Nej. Du ser helheten! Vilken patienten du har framför dig”.

Två av barnmorskorna påpekar att en god kommunikation genom lämplig information ger mer effekt av smärtlindring.

”Oerhört viktigt! Så att man hela tiden ger respons på det man gör. Sen är man ju alltid, sen är jag väldigt noga med att informera, trots att jag liksom har bedövat så kommer du att KÄNNA att jag Är HÄR. Jag brukar ju förklara eller jämföra detta med tandläkarbedövning. Precis när man har fått det så känner man att man är där och petar och trycker i, men det kan inte upplevas så smärtsamt... Det är alltid den innersta suturen som är det jobbigaste och man jobbar ju sig utåt så det blir ju enklare och enklare, så att du vet det, så att de inte tror att det ska bli värre och värre och smärtsammare och smärtsammare som kanske en förlossning är, utan tvärtom.”

Tre av barnmorskorna använder alltid en kombination av spray och infiltration vid grad II-bristningar för att ha bättre effekt av smärtlindring.

”Säg att du har en mellan större grad I till II-a, där någonstans eller medium bristning, BARA perineal så, då infiltrerar ni bara. Sprayen är mer, bara om handlar det om 3 stygn då är det bara sprej eller om det är på labia...där vill man inte gärna... vara och infiltrera... Och sen så förändringar så”

Två av barnmorskorna anser att suturering i blygläpparna är smärtsamma därför avgör djupet på bristningen om man ska sy eller inte och vilken smärtlindring man använder då. Om det inte är djupt får barnmorskan försöka att bara närma sårkanterna på blygläpparna och använda spray som smärtlindring där.

”De får man ju sy många gånger för att det är mycket smärtsamt område alltså. Det är också beroende av graden av det. Är det lite djupare i graden så är det ganska smärtsamt när man går och kissar, eller så är det någonting som är och blöder ... Så är det här att det mesta de här råa ytor, som jag brukar säga och där brukar man ju bara sätta en eller två för att adaptera kanterna. Sen är det ju så att man slipper ju de här råa sårytorna, Och bedövningen i det här området...? Spray! Brassa på med sprej. Massor med spray.”

Kvinnans smärtekänslighet

Alla barnmorskor påpekar att kvinnorna ska erhålla en god smärtlindring under inspektion och suturering av perineala bristningar. Efter förlossning blir kvinnor känsligare vid smärta och tål inte smärta lika mycket som innan förlossning. En av barnmorskor säger att en av smärtlindrings effekter är psykologisk.

"Rent principiellt så tycker jag då när man ska suturera så är det väldigt viktigt med en god smärtlindring. A och O!"

"Nej! J Det är viktigt, det är jätteviktigt med smärtlindring! När förlossningen är över och man redan har fött sitt barn så upplever jag att toleransen sjunker och att man inte vill ha ont på samma sätt. Under förlossningen är det ok när man föder men sedan är man mer smärtekänslig och det är inte så konstigt, man är trött och så."

"Jag brukar börja med att jag lägger på Xylocaingel på bristningen innan jag börjar titta. Perinealbristning mest är det. Och hjälper det lite så är det bra, om inte annat så är det psykologiskt effekt också, så det är jag frikostig med."

Alla barnmorskor anser att Pudendusblockad ger en god och utmärkt smärtlindring. De använder sig av den i samband med större bristningar.

"Jag lägger gärna en Pudendusblockad. Det tycker jag är en väldigt bra smärtlindring och dels slipper man bedövningsmedel i den här regionen när man ska sy i, dels att man får en bra smärtlindring och dels kan man alltid träna i att ge en Pudendusblockad. Och sen har du ju alltid möjlighet, om nu den inte skulle Ta, så kan man ju alltid infiltrera. Så man har ju liksom inte bränt sina skepp på det. Man har ju möjlighet liksom att alltid komplettera med lite lokalbedövning."

Tre av barnmorskorna säger att efter förlossningen är det oerhört viktigt med en bra smärtlindring och därför är de frikostiga och ger tillräcklig mängd Xylocain för infiltration.

"Jag brukar vara ganska frikostig. Jag brukar ge 15 till 20 ml Carbocain. Jag tar hela flaskan. Jag tycker det finns ingen anledning att spara på det. Jag tycker de ska vara väl smärtlindrade."

"Nej, men det beror på bristningens omfattning. En grad II-bristning så, mellan 10-20 ml Xylocain, upp till 15-20!"

En barnmorska som har lång erfarenhet säger att alla barnmorskor ska kunna lägga pudendus-blockad för att man måste vara noga med att kvinnor är smärtlindrande när man syr.

Alla barnmorskor ska kunna lägga Pudendusblockad! ... Då får det bli vi som redan kan det då. Men nu är det väldigt få som kan det. En utmärkt bedövning.

En barnmorska säger att hon inte kan lägga pudendusblockad och brukar få hjälp av sina kolleger och det kan vara en bra sätt innan man lär sig att göra det själv.

Själv kan jag inte lägga Pudendus längre nästan. Jag har gjort det någon gång, så här i början, när jag var nyfärdig. Det är så sällan jag väljer det. När jag är i situationer där jag skulle precis ta så ber jag en kollega lägga, så det är bra om man ska hålla på länge... Jag vet det i teorin hur jag gör då men det är så sällan man gör det.

En barnmorska tycker att en kombination av lustgas och infiltration har god effekt för smärtlindring vid suturering av perineala bristningar..

Men oftast tycker jag att de är väldigt bra smärtlindrade på infiltration. För de andas lustgasen när man lägger infiltrationerna om de behöver det och så väntar man i 5 minuter så är de ganska välbedövade.

En av barnmorskorna säger att graden av brisning inte är det som avgör vilken smärtlindringsmetod hon använder utan det beror på hur smärtpåverkad kvinnan är.

Det beror ju på utifrån patienten man har framför sig. Det får man ju också säga. Då kan jag ha en patient som är väldigt avslappnad ... det är lätt man märker ju att det lätt att inspektera. Och då räcker det ofta med infiltration. Men om du har en patient som har en stor bristning som är väldigt rädd, väldigt smärtpåverkad, svårt att slappna av då är det viktigt att du ska kunna se ordentligt att hon är väl smärtlindrad.

En barnmorska anser att smärtlindring efter suturering inte är nödvändigt och att smärtan som kvinnor har inte bara är orsakade av suturer utan kan bero på andra skäl, t. ex att de har fått barn.

”Ja, det första dygnet efter förlossningen har de smärta i underlivet och man har fått barn och man är svullen och man har gått sönder, man har hematom och så... och det är klart sutureringen i sig tillför smärta också och det är lite svårt att skilja

vad det är som gör ont kanske... Om har arbetat på BB så är det inte så många som klagar just på sutureringar men överhuvudtaget så ge dem en Panodil ibland efter värkar i underlivet. Jag frågar ju hur de mår, då kommer det ganska snabbt om man har ont.”

BEHOV AV FORTLÖPANDE UTBILDNING OCH GENOMGÅNG AV SUTURTEKNIK RELATERAT TILL NYA RÖN

Barnmorskorna uttrycker att de har ett behov av en genomgång av suturteknik relaterat till nya rön. De har i sin praktik lärt av andra erfarna. De uttrycker ett behov av en praktisk utbildning för att hålla sig uppdaterade.

Lära av de erfarna

Att lära av erfarna innebär att barnmorskorna uttrycker ett behov av kunskap. Utbildningen bör utföras av en person som har relevanta och tillämpliga kunskap i det här området avseende ny forskning och som själv har sett patienter och som har sytt och följer upp sina resultat. Det är bra för att barnmorskor inte har en möjlighet att följa upp sina patienter som de suturerat.

”Nej, inte helt! Så jag menar att det var jätte länge sedan som jag praktiserade detta. Och det skulle kanske ha varit bra om det var en duktig gynekolog eller plastikkirurg visade en... En som verkligen SYR. Det behöver inte vara någon barnmorska, det kan vara någon som faktiskt syr och som följer upp sina resultat och säger: Det här ser jag att vet att detta är bra. För det kan ju oftast inte VI! Vi Hinner inte ta tillbaka dem på vår begränsade tid.”

En av barnmorskorna anser att de själva har ansvar att uppdatera sin kunskap men det blir inte så. De påpekar också att arbetsgivare har en skyldighet att ordna korta utbildningar.

”Nej som barnmorska så har man skyldighet att hålla sig uppdaterad i ny forskning men man hinner inte det i verkligheten. Inte om man arbetar mycket och har familj och annat....Jag tror att fler barnmorskor skulle ha nytta av att då och då sätta sig in i aktuell forskning.”

”Till viss del har man eget ansvar att fortbilda sig men sedan så tycker jag att arbetsgivaren ska också ta hand om utbildningar och så... dels tid och dels....Nu har vi bildat... det finns en sutureringsgrupp här på Östra som är utbildad just för att samordna kring suturering...diskutera hur vi syr och..”

En av barnmorskorna som deltagit i en studie anser att suturering är ett viktigt ämne och att det tar tid att känna sig trygg och bli säker på det hur man ska sy när man är nyutbildad.

”Suturering är det moment som inom barnmorskeri som tagit längst tid innan jag kände mig säker på. Nu känner jag mig relativt säker på det men självklart behöver man hjälp när det är komplicerade bristningar, när det är stora och djupa bristningar. Men när jag var nyfärdig, så var det under längst tid som jag kände mig osäker på. Det tog nog i alla fall fem år innan jag kände att jag någorlunda kände mig säker på det... Men min utbildning hade det räckt för jag hade tur som hade en jättebra handledare och nu försöker jag att hjälpa mina kollegor här.”

Alla fyra intervjuade barnmorskor anser att de har lärt sig sutureringsteknik av sina handledare och de tycker att handledares roll är viktig under barnmorskeutbildningen. För att man ska kunna sy med rätt teknik det är viktigt att veta tillräckligt om anatomi.

”Det är väldigt bra om de får en handledare på sin placering så man får en bra sutureringsteknik. Det är klart att det inte är alla barnmorskor som kanske känner sig trygga med att suturera och då är det inte helt lätt ... Det är... jag lärde mig en gång en väldigt bra sutureringsteknik av den handledare som handledde MIG... som jag försöker överföra till mina studenter som handleds av MIG, och jag tycker att de får en väldigt bra AHA- upplevelse. Jag tycker att när jag redogör för det här med olika vävnadstyper och de olika delarna och hur man adapterar kanterna och det blir... det faller ganska bra på plats för dem. Jag tycker inte det är speciellt svårt att suturera. Jag tycker inte ens när det är ganska mycket. Så jag menar det kan vara komplicerade, djupa bristningar. Anatomiskt har jag nästan aldrig något bekymmer av att liksom få till det.”

Den mest erfarna barnmorskan anser att under tiden som hon har jobbat har det inte varit fortlöpande undervisning om suturering av perineala skador men hon har hoppet om att det ska bli bättre snart.

”Vi ska ju titta lite på annan suturteknik nu längre fram. Men annars tycker jag ju det har varit väldigt dåligt med det under årens lopp. Det varit väldigt lite. Nästan ingenting.”

”Och sen kommer det ju lite det nya... alltså när vi började med att sy lite intracutant och så hade vi lite utbildning, men det är ingenting som pågår fortlöpande, men annars har det varit några enstaka gånger....men det SKA komma nu.”

En barnmorska uttrycker att under barnmorskeutbildningen hinner de inte lära sig tillräckligt om suturering. Då är det så många moment som är nya och tiden för praktik är inte tillräcklig för att man blir säkert och känna sig trygg.

”Grundutbildningen så är det så många moment man ska lära sig som i sitt barnmorskeri. Det är svårt att säga om man ska lägga mer fokus på suturering just där

och då... Utan sedan när man är ute på praktik och när man börjar att jobba som... ”

Två av barnmorskor påpekar att titta på film är en användbar och enkel sätt för undervisning.

”JA, lite så..det är svårt att i grupp att öva suturering på en patient. Det finns bra utbildningsmaterial. Det finns en bra film.”

Utveckla en praktisk utbildning för att hålla sig uppdaterad

En barnmorska med lång erfarenhet tycker att med fortlöpande utbildning om suturingsteknik man kan uppdaterar sina kunskaper enligt ny forskning.

”Alltså det är väl egentligen att vi skulle hålla, just nu när vi har fått bättre suturmaterial att man ser till att använda det. Det tycker jag i och för sig att det har utvecklats under årens lopp så att det är ganska bra men sedan att jag tycker att det är ganska bra men att man lite fortlöpande utbildning och genomgång av suturtekniker, och när det kommer lite nya rön och så.”

”Jag tror inte att man skulle ha pågående hela tiden. Jag tror inte det ska vara nödvändigt utan när det kommer nya rön och när man ska ta till sig något nytt, då tror jag att man ska vara rätt noga med att ha det kontinuerligt under en period så att alla verkligen fått känna att man kan det här.”

”Ja, vad det gäller suturering, framför allt det här med utbildning, fortlöpande utbildning och inte bara läs på själv! Här finns vetenskapliga artiklar, läs på dem själv! Nej! Jag tycker mer praktiskt utbildning och det måste inte vara just i underliv, utan det kan vara att lära oss olika systilar för syr ju väldigt olika och det har jag väl gjort lite under tiden här. Innan så sydde jag nästan bara enstaka och nu syr jag BARA nästan fortlöpande, för att undvika alla knutar och alla material.”

En av barnmorskorna berättar om ett projekt i hennes arbetslag som hon tycker var lärorikt och som innebar att de kunde se när andra barnmorskor syr. En sutureringsgrupp kan vara bra för att skaffa nya och färskas kunskaper som kan förmedlas till andra efteråt.

”Det skulle vara väldigt lärorikt ifall det fanns tid och utrymme för barnmorskor att barnmorskorna skulle vara med varandra när de skulle sy. Vi hade ett projekt i vårt arbetslag för några år sedan. Vi gick in till varandra när vi skulle suturera. Vi har nu flera patienter var och det är svårt att få tid till det. Bara gå in och stå bredvid och titta när man syr, det är ju jätte lärorikt. ”

”Eller så om det finns någon sutureringsgrupp så kan det ligga på den gruppen kanske. Att hålla sig uppdaterad, få reda på aktuell forskning. ”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

En faktor som kan påverka resultatet i denna studie är urvalet av barnmorskor. Samtliga barnmorskor som intervjuades valdes ut av vårdenhetscheferna för deras respektive avdelningar och det är inte helt klart vilka urvalskriterier som gällde. Två av barnmorskorna hade förutom sitt arbete vid förlossningar, även administrativa och eller ledande uppgifter. Det är tänkbart att dessa två utvaldes för sin senioritet inom yrket. En av barnmorskorna var även vidareutbildad inom reproduktiv hälsa, vilket sannolikt bidrog till att hon blev utvald av sin chef. Det låga antalet intervjuade barnmorskor är i sig självt inte tillräckligt för att kunna generalisera utifrån intervjuresultaten. Som vid all kvalitativ forskning är inte syftet att generalisera resultatet utan det måste förstås i sitt sammanhang (Lundman & Hällgren Granheim, 2008) dvs. intervjuer med svenska barnmorskor verksamma inom förlossningsvård. Fördelen med en kvalitativ metod är att den kan ge värdefulla uppslag för framtida undersökningar i detta ämne som det finns så lite forskning kring. En annan fördel med metoden är att den ger en möjlighet att förstå ett ämne på ett djupare sätt som tex. en enkätstudie inte kan göra.

Det är svårt att värdera kvalitén på den insamlad data. För intervjuaren var det den första intervjun. Intervjuer kan ha flera felkällor, t.ex. genom att den intervjuade inte förstår frågan eller väljer att utelämna delar av svaret. Eftersom frågorna var av en väldigt enkel karaktär och barnmorskorna blev utlovade anonymitet är det dock sannolikt att en hög reliabilitet har uppnåtts på insamlad data.

RESULTATDISKUSSION

I resultatet framkom fyra huvudkategorier; suturering har förändrats över tid, att göra en bedömning, god smärtlindring är oerhört viktigt vid suturering och behov av fortlöpande utbildning och genomgång av suturteknik relaterat till nya rön.

Sutureringen har förändrats över tid och det handlar om att barnmorskorna syr mindre idag i jämförelse med tidigare. Om den tidigare uppfattningen var att sutureringen skulle kännetecknas av ”ordentlighet”, ”noggrannhet”, ”tätt och mycket” och ”maskinstick”, tycker barnmorskorna i studien att det är bättre att vara restriktiv med att sy och hellre lämna mindre bristningar osuturerade. Detta resultat är i linje med tidigare studier. En svensk studie av Lundquist et al. (2000) visar att små bristningarna kan lämnas

att läkas spontant och kvinnorna bör själva välja om de vill bli sydda eller inte. 12 veckor efter förlossningen fanns inga skillnader mellan grupperna när det gäller klagomål av urin eller anal inkontinens, sexuell inaktivitet, eller den sexuella funktionen hos kvinnor som suturerades i jämförelse med ej suturerade (Leeman et al., 2007). Studien av Fleming et al. (2005) visade inte heller på någon skillnad vad gäller smärta, depression eller användning av farmakologiska och icke -farmakologiska analgetika mellan de som suturerades eller ej. Däremot fanns det en skillnad mellan grupperna avseende sårsläkningen. Kvinnor som inte blev suturerade hade efter sex veckor en sämre sårsläkning med lägre REEDA poäng för sår tillnärmning i jämförelse med de suturerade kvinnorna (Fleming et al., 2003). Frågan om vilka bristningar som bör sutureras eller ej behöver därför ytterligare studeras.

Resultatet visar vidare att bedömningen är viktig för barnmorskorna vid suturering. De bygger sin bedömning på att vara förtrogen med en metod för suturering. Tre av de fyra intervjuade barnmorskor brukar mest använda sig utav den fortlöpande metoden medan en av dem ofta syr enstaka, då hon känner sig förtrogen med denna metod. Detta resultat indikerar att det avgörande för vilken teknik som användes, är förtroligheten med tekniken. De två studier som jag funnit och som jämfört enstaka metod med fortlöpande visar ingen skillnad (Kindberg et al., 2007; Valenzuela et al., 2008). Studien av Kindberg et al. (2007) visar att patienttillfredsställelse, dyspareuni, smärta och behovet av senare översyn och reparation av sutureringen inte skiljer sig åt beroende på vilken metod som används. Studien från Spanien visar att den upplevda smärtan hos kvinnorna sydda med de två olika sutureringstekniker, enstaka eller fortlöpande, inte skiljdes åt två och 10 dagar samt tre månader post partum (Valenzuela et al., 2008).

Vidare visar resultatet från denna studie att avgörande för bedömningen är beroende av vilket sjukhus barnmorskorna arbetar vid. Både sjukhusen använde i huvudsak ett material vardera, Vicryl Rapid och Polysorb. Två av de fyra intervjuade barnmorskor som arbetar på sjukhus A använder hellre Polysorb än Vicryl Rapid. De har tidigare haft Vicryl Rapid och de tycker att Vicryl Rapid torkar mycket fortare. De två barnmorskorna som jobbar på sjukhus B använder mest Vicryl Rapid. De anser att Vicryl Rapid är ett bra material som absorberas mycket fortare. Och kvinnorna har mindre besvär och mindre ont. De tycker att det fungerar bra och deras känsla är att de inte har fått så många kvinnor tillbaka från mödravården för att de har fått besvär. Det är in-

tressant att åsikterna om vilket material som är bäst går isär. Samtliga barnmorskor ansåg att just det material de använde fungerade mycket bra. Vicryl Rapid resorberas snabbare i vävnaden jämfört med vanlig Vicryl vilket kan ge mindre obehagskänsla av svullnad, smärta och smärta vid samlag (Kaplan et al., 2009). Att åsikterna angående vilket suturmateriel som är bäst är beroende av vilket sjukhus öppnar för en intressant frågeställning för framtida studier.

God smärtlindring är oerhört viktigt vid suturering enligt denna studie. Barnmorskorna lyfter fram bedövningen pudendusblockad som den bästa smärtlindringen vid större bristningar. Tre av barnmorskorna nämner denna bedövning medan en barnmorska inte använder den. Däremot säger hon att hon brukar få hjälp av sina kolleger och det kan vara en bra sätt innan man lär sig att göra det själv. En fråga som uppkommer ur detta resultat är om barnmorskorna har fått tillräcklig träning i denna metod uppdaterad. I diskussionen framkom att barnmorskor önskar mer praktisk utbildning inom perineal reparation. Barnmorskorna uppskattade t.ex. att få vara med när andra barnmorskor suturera och att se informativa videofilmer i utbildningssyfte. Min studie visar tydligt att barnmorskorna har viljan att utvecklas och gärna vill hålla sig uppdaterade med den senaste forskningen. Detta leder till ännu en fråga för framtida studier – vems ansvar är det att bevaka den senaste forskningen och se till att den sprids till barnmorskorna? Sjukhus B har en grupp som är specialiserad på sutureringen, men indikationerna är att gruppens aktivitet hitintills har varit begränsad.

Suturering måste slutligen ses i ett vidare sammanhang. Smärtan och obehag relaterad till perineala skador och suturering kan ha en påverkan på den sexuella aktiviteten första året efter barnafödandet (Kindberg et al., 2007). Obstetriska bristningar kan resultera i livslånga inkontinensbesvär som i sin tur leder till allvarliga konsekvenser hos kvinnan i form av försämrade livskvalitet och social isolering (Hagberg et al., 2008). Den sexuella hälsan är väldigt viktig för människan. Långt ifrån alla vågar prata med någon om problematik med det sexuella uppkommer. För många är detta en privat angelägenhet. Vad bristningar och episiotomier har för konsekvenser finns det ett stort mörkertal om. Smärta och problematik med den sexuella lusten kan inte bara ge en negativ påverkan för kvinnan i sig, utan också hennes livskamrat. Det behövs mer studier i detta ämne. För barnmorskan som i sin kompetensbeskrivning ska se till kvinnan

i ett livscykelperspektiv (Socialstyrelsen, 2006) är därför perineala skador och suturering en viktig fråga.

REFERENSLISTA

Albers, L.L., Sedler, K.D., Bedrick, E.J., Teaf, D, Peralta, P. (2006) Factors Related to Genital Tract Trauma in Normal Spontaneous Vaginal Births. *BIRTH* 33, 94-100.

Anders, L. (2009). SamkönadePar. L:Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (red). *Lärobok för barnmorskor*. (3: e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Brody, S. (1993) *Obstetrik gynekologi* Almqvist & Wiksell. Nionde omarbetade upplagan. Falköping.

Dahlberg, K. Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlen, H G,. Homer. (2007) .What are the views of midwives in relation to perineal repair? *Women and Birth*. 21, 27–35.

Daraper, J & Newell, R (1996). A discussion of some of the literature relating to history, repair and consequences of perineal trauma. *Midwifery* 12. 145-147.

Dencker, A., Lundgren, I., Sporrang T. (2006). Suturing after childbirth- a randomised controlled study testing a new monofilament material. *BJOG*; 113:114-116.

Granskär, M. , Höglund-Nielsen B. , *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur. Hungary 2008.

Fleming V. E. M., Hagen, S., Niven, C., (2003). Does perineal suturing make a difference? The SUNS trial. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*.110, 684-689.

Hagberg H, Marsál K, Westgren M. (2008) *Obstetrik*. Författarna och studentlitteratur. Hungary.Jeppson B, Naredi P, Peterson H-I,& Risberg B. (Red.). (2005). *Kirurgi*. (2. uppl.). Författarna och studentlitteratur.

Järhult J & Offenbartl K (2008). *Vård av patienter med kirurgiska, Urologiska och Ortopediska sjukdomar* (4. uppl.) Stockholm:författarna och Liber AB.

Kindberg, S., Stehouwer, M., Hvidman, L., Henriksena TB. (2007). Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.*, 10, 472-479.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F, Skaug, E. A., (2005)., *Grundläggande omvårdnad* Del 3. Liber AB: Stockholm.

Leeman, L. M., Rogers, R. G., Greulich, B., I., Albers L.L. (2007) Do unsutured second-degree perineal lacerations affect postpartum functional outcomes? *J Am Fam Med* 20 (5): 451-457.

Lundman, B., Graneheim Hällgren U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär., Höglund-Nielsen. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* (ss. 159–172). Lund: Studentlitteratur.

Lundquist, M., Olsson, A., Nissen, E., Norman, M. (2000). Is It necessary to Suture All Lacerations After a Vaginal Delivery? *BIRTH* 27, 79-85.

Löwenstein, L., Drugan, A., Gonen, R., Itskovitz-Eldor, J., Bardicef, M., Jakobi, P., (2005). Episiotomy: Beliefs, practice and the impact of educational intervention. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 123, 179–182.

Martina, L., RNM, Olsson, A., RNM, Nilsson, E., Margareta, N., (2000) It is necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery? *Brith* 27:2

Naidoo J, Wills J. (2007) *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser.* Studentlitteratur. Danmark .

Oinas E, Ahlbeck-Rehn J.(red). (2007). *Kvinnor, kropp och hälsa.* Författarna och studentlitteratur. Poland.

Rustöen, T.(1993). *Livskvalitet- en utmaning för sjuksköterskor.* Stockholm: Almqvist &Wiksell.

Selo-Ojeme, D., Ojutiku, D., Ikomi, A., (2009). Impact of a structured, hands - on, surgical skills training program for midwives performing repair. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.106, 239 -241.

Socialstyrelsen. (2001). *State of the art. Handläggning av normal förlossning*.

Tillgänglig den 2009-11-27, <http://www.sfog.se/PDF/2001-123-1.PDF>

Socialstyrelsen (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerade barnmorska. Hämtad 100502 från www.socialstyrelsen.se.

Valenzuela P, Saiz Puente M, Valero J, (2009). Continuous versus interrupted for repair of episiotomy or second- degree perineal tears: a randomised controlled trial. *BJOG*;116:436-441.

Ventegodt S,(1998) *Livskvalitet Att erövra livets mening*. Isban, Danmark.

Vårdvetenskaprådet, (2009). Regler och riktlinjer för forskning. Hämtad 2009-07-10 från <http://www.codex.uu.se>

Weström, L. Åberg A, Anderberg E, Andersson U., B., *Obstetrik och gynekologi klinik och vård*. (2005) Tredje upplagan Studentlitteratur. Lund.

Wikipedia, (2009) den fria encyklopedin. Hämtad 2 September 2009 från <http://sv.wikipedia.org/wiki/Inneh%C3%A5llsanalys>

20-www.regeringen.se

21-www.wma.net/e/policy2000



Bilaga1:

GÖTEBORGS UNIVERSITET
Sahlgrenska Akademin

Institution för Vårdvetenskap och hälsa
Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

Även om barnmorskor sedan lång tid har utfört suturering i samband med förlossning finns det lite studier i ämnet. Syftet med denna undersökning är därför att studera barnmorskors syn på suturering med fokus på metod, material och uppföljning av patienters förlossningsskador efter förlossningen.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras i form av en intervju. Vi kommer att intervjua 2-3 barnmorskor i varje sjukhus (SU/M och SU/Ö). Intervjun beräknas ta cirka 30 minuter. Samtalet kommer att spelas in på bandspelare. Under intervjun kommer vi att ställa öppna frågor gällande Din syn på suturering. Frågorna handlar om metod, material, uppföljning av patienternas förlossningsskador efter förlossningen samt övriga aspekter av suturering som Du som barnmorska tycker är viktiga. Intervjun kommer att skrivas ut i text och innehållet kommer vi att analysera. Resultatet kommer sedan att redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet och utgöra grund för ett eventuellt fortsatt arbete som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultat av studien kan Ni ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Vi hoppas att Du tycker det är spännande att delge Din erfarenhet om suturering. Att Du berättar om Din kunskap och personliga erfarenheter kan leda till ökad kunskap i detta område och resultatet kan användas till utveckling av nuvarande rutiner gällande suturering och uppföljning av patienter.

Dina svar kommer att behandlas så att obehöriga inte kan få del av dem. Materialet lagras i ett register och databehandlas. I studien kommer inte enskilda personer att identifieras då hantering av Dina uppgifter regleras enligt Personuppgiftslagen (SFS1998: 204). Kassettbanden förvaras i ett låst skåp och den skrivna texten från intervjuerna kommer inte att kunna kopplas till Dig som person. Deltagandet är frivilligt. Du kan avbryta Dit deltagande i studien när Du vill utan att ange skäl. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Ansvariga

Mina Bahrini
Barnmorskestudent
Tel: 0737-143345
mina_bah2002@yahoo.se

Ingela Lundgren
Universitetslektor
Tel: 031-7866052
ingela.lundgren@gu.se

Bilaga 2:

| Meningsenhet | Kondenserad meningsenhet | Underkategori | Huvudkategori |
|---|--|---|---|
| Infiltration, spray eller pudendus beroende på bristningens karaktär. En större bristning så lägger jag gärna Pudendus. En större grad II-a alltså. Eller en grad III-a som så att man lägger det innan doktorn kommer och inspekterar” | Smärtlindringsmetod är beroende av vilken typ av bristning | Bristningens karaktär och kontakt med kvinnan | God smärtlindring är oerhört viktigt vid suturering |
| Sen är man ju alltid, sen är jag väldigt noga med att informera, trots att jag liksom har bedövat så kommer du att KÄNNA att jag Är Här. Jag brukar ju förklara eller jämföra detta med tandläkarbedövning. Precis när man har fått det så känner man att man är där och petar och trycker i, men det kan inte upplevas så smärtamt | Informera kvinnan om vad som händer och ha kontakt med kvinnan | | |

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| <p>Det är viktigt, det är jätte viktigt med smärtlindring! När förlossningen är över och man redan har för sitt barn så upplever jag att toleransen sjunker och att man inte vill ha ont på samma sätt. Under förlossningen är det ok när man föder men sedan är man mer smärtekänslig och det är inte så konstigt, man är trött och så.”</p> | <p>Kvinnan är extra smärtekänslig när förlossningen är över</p> | <p>Kvinnans smärtekänslighet</p> | |
| <p>” Jag lägger gärna en Pudendusblockad. Det tycker jag är en väldigt bra smärtlindring och dels slipper man bedövningsmedel i den här regionen när man ska sy i, dels att man får en bra smärtlindring och dels kan man alltid träna i att ge en Pudendusblockad.</p> | <p>Att välja en metod som ger bra smärtlindring</p> | | |